

تأثیر آموزش مهارت‌های فرزندپروری به مادران پسران دبستانی مبتلا به اختلالات برونی‌سازی شده بر سلامت روانی و شیوه‌های تربیتی آن‌ها

دکتر منصور بیرامی

خلاصه

مقدمه: اختلالات برونی‌سازی شده جزو اختلالات دوران کودکی هستند و پژوهش حاضر جهت بررسی تأثیر آموزش رفتاری والدین بر شیوه‌های تربیتی و سلامت روانی مادران کودکان مبتلا به این اختلالات انجام شده است.

روش کار: تحقیق حاضر یک مطالعه‌ی شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه شاهد است که جامعه‌ی آماری آن دانش‌آموزان پسر ۷ تا ۱۰ ساله‌ی شهر تبریز بوده‌اند. ۳۲ نفر از مادران کودکان مبتلا به اختلالات برونی‌سازی شده که دارای شیوه‌ی فرزندپروری ناکارآمد بوده (۱۶ نفر مستبدانه و ۱۶ نفر سهل‌گیرانه) و نیز در پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی نمره‌ای برابر یا بالاتر از نقطه‌ی برش ۲۳ داشتند، انتخاب و به تصادف به دو گروه آزمون و شاهد تقسیم شدند. پس از مداخله‌ی آموزشی بر روی گروه آزمون شیوه‌های فرزندپروری و سلامت روانی مادران دو گروه مجدداً ارزیابی و نتایج توسط آزمون یومن ویتنی تحلیل گردیدند.

یافته‌ها: مقایسه‌ی نتایج نشان داد که شیوه‌ی فرزندپروری مستبدانه ($P=0/02$) و سهل‌گیرانه ($P=0/02$) در مادران گروه آزمون کاهش و در مقابل شیوه‌ی فرزندپروری مقتدرانه ($P=0/04$) افزایش یافته است. هم‌چنین نمره‌ی کلی سلامت روانی، افزایش ($P=0/000$) و نمره‌ی زیر مقیاس‌های نشانه‌های جسمانی ($P=0/001$)، اضطراب و بی‌خوابی ($P=0/02$) و افسردگی ($P=0/01$) در مادران گروه آزمون پس از مداخله به صورت معنی‌داری کاهش یافت ولی در مورد زیر مقیاس نارساکنش‌وری اجتماعی تفاوت معنی‌داری حاصل نشد ($P=0/14$).

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاکی از موثر بودن آموزش رفتاری والدین در تغییر شیوه‌های تربیتی و بهبود سلامت روانی مادران کودکان مبتلا به اختلالات برونی‌سازی شده است و با آموزش برنامه‌های تصحیح شیوه‌ی فرزندپروری می‌توان گام موثری در کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلالات برونی‌سازی شده و بهبود سلامت روانی مادران این کودکان برداشت.

واژه‌های کلیدی: آموزش رفتاری والدین، اختلالات برونی‌سازی شده، پسر، سلامت روانی، فرزندپروری، کودک

مقدمه

از موارد بالینی را نیز شامل می‌شوند (۵). اختلالات برونی‌سازی شده شامل رفتارهای قانون‌شکنانه و پرخاشگرانه است که در قالب سه اختلال بیش‌فعالی و کمبودتوجه^۲ (ADHD)، اختلال سلوک^۳ (CD) و اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۴ (ODD) در DSM-IV-TR^۵ آمده‌اند و تأثیر گسترده‌ای بر کودک، خانواده، معلمان و جامعه دارند (۶). رفتارهای پرخاشگرانه‌ی این کودکان به طرد شدن آن‌ها از گروه همسالان منجر شده و ترکیب مشکلات کلامی و اختلالات یادگیری به نتایج تحصیلی ضعیف ختم می‌شود. وقتی چنین عواملی با تعارض‌های درون‌خانوادگی

در دهه‌های گذشته توجه فراوانی به اختلالات دوران کودکی شده و مطالعات زیادی در این زمینه صورت گرفته است. از جمله اختلالات دوران کودکی که بیشترین نقد و بررسی را به خود اختصاص داده‌اند، اختلالات برونی‌سازی شده^۱ هستند (۱) که از مقاوم‌ترین اختلالات دوران کودکی بوده و به عنوان محور مشکلات رفتاری کودکان شناخته شده‌اند (۴-۲). در جمعیت‌های ارجاعی به درمانگاه‌ها، میزان شیوع این اختلالات بیش از ۵۰ درصد گزارش شده است، از این جهت بخش وسیعی

^۱مؤلف مسئول: ایران، تبریز، دانشگاه تبریز، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی

dr.bayrami@yahoo.com

نلفن تماس: ۰۴۱۱-۳۳۴۱۱۳۳

تاریخ وصول: ۸۷/۱۰/۱۶

استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه تبریز

^۲Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

^۳Conduct Disorder (CD)

^۴Oppositional Defiant Disorder (ODD)

^۵Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- 4th edition- text revised

^۱Externalizing

برخوردار است زیرا اختلالات روان‌شناختی مادر بر رابطه‌ی او با فرزندش تأثیر می‌گذارد (۲۱). نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که مادران کودکانی که مشکلات برونی‌سازی شده دارند، احساس موفقیت و اثربخشی کمتر و احساس خشم، اضطراب و افسردگی بیشتری نسبت به مادران کودکان سالم دارند (۲۲، ۲۳).

تعارضات زناشویی و نهایتاً آسیب‌های روان‌شناختی^۱ والدین خطر ابتلا به اختلالات رفتاری و هیجانی شامل مشکلات سلوک^۲، سوء مصرف مواد، رفتارهای ضداجتماعی و فعالیت‌های بزهکارانه^۳ را در کودکان افزایش می‌دهد (۲۴، ۲۵).

با توجه به این که تحقیقات نشان می‌دهند که عوامل خانوادگی مثل مشکلات روانی والدین و شیوه‌های تربیتی ناکارآمد آن‌ها، در رشد و حفظ مشکلات برونی‌سازی شده در کودکان و نوجوانان نقش مهمی دارند (۲۴، ۲۶) لذا مداخلاتی که والدین را مورد هدف قرار دهند از جمله روش‌های موثر جهت پیشگیری از اختلالات برونی‌سازی شده می‌باشند. از جمله رایج‌ترین روش‌های مداخله بر روی والدین، آموزش رفتاری والدین^۴ (BPT) می‌باشد (۲۷). برنامه‌های موجود در این آموزش، عوامل محافظتی کودکان را غنا می‌بخشد و عوامل خطرسازی را که با مشکلات رفتاری و هیجانی آن‌ها در ارتباط است کاهش می‌دهد (۲۸). برنامه‌ی آموزش مذکور اهداف زیر را دنبال می‌کند:

- ۱- شناسایی انتظارات و آمادگی برای تغییر و درمان
- ۲- حل کردن مشکلات مرتبط با تکالیف درمانی
- ۳- تقویت تمایل به مشارکت شرکت‌کنندگان و افزایش تعامل‌ها بین افراد شرکت‌کننده در گروه
- ۴- توسعه‌ی راهبردها در مواجهه با مشکلات زندگی علاوه بر مدیریت رفتار کودکان
- ۵- آرایه‌ی درمان به وسیله‌ی یادگیری آموزشی، حل مسئله به واسطه‌ی الگوپردازی، درمان‌گری ساخت یافته‌ی حل مسئله
- ۶- راه‌های حفظ تغییرات و نگهداری آن‌ها به وسیله‌ی درمان‌های خود رهنمود دهی

با والدین و دیگر اعضای خانواده همراه می‌شوند، حرمت خود در این کودکان به شدت کاهش می‌یابد. پیش‌آگهی این اختلالات نیز نامطلوب بوده و کودکان مبتلا در سال‌های آینده در معرض خطر مشکلات دیگری هم‌چون اختلالات یادگیری، خلقی، اضطرابی، مصرف مواد و الکلیسم (۱۲-۷)، اختلال شخصیت ضداجتماعی و مجرمیت دوران بلوغ و بزرگسالی هستند (۱۴، ۱۲-۹۸). وجود مشکلات در سازگاری‌های زندگی زناشویی و شغلی از دیگر مسایل این گروه محسوب می‌شود (۱۵). از مهم‌ترین عوامل در علت‌شناسی این اختلالات متغیرهای خانوادگی می‌باشند (۱۶). خانواده نخستین و بادوام‌ترین عاملی است که اگر نه در تمام جوامع، حداقل در اکثر آن‌ها به عنوان سازنده و زیربنای شخصیت و رفتارهای بعدی کودک شناخته شده و حتی به عقیده‌ی بسیاری از روان‌شناسان، باید ریشه‌ی بسیاری از اختلالات شخصیت و بیماری‌های روانی را در پرورش اولیه‌ی خانواده جستجو کرد. از میان اعضای خانواده، مادر اولین کسی است که نوزاد با او رابطه برقرار می‌کند لذا مهم‌ترین نقش را در پرورش ویژگی‌های روانی و عاطفی کودک به عهده دارد و کانون سلامتی یا بیماری محسوب می‌شود. تحقیقات نشان داده‌اند که اختلالات برونی‌سازی در کودکان ارتباط تنگاتنگی با مشکلات روانی والدین (بالاخص مادر) و شیوه‌های تربیتی آن‌ها دارد (۱۷-۱۹، ۹۸).

پاترسون معتقد است که اختلالات برونی‌سازی شده نتیجه‌ی شکست در اعمال قوانین والدینی هستند که معمولاً دارای سه ویژگی هستند: قوانین بی‌ثبات، نظارت کم و مهارت‌های ضعیف حل مسئله است. این نوع سبک فرزندپروری، کودکان را به سمت نافرمانی سوق می‌دهد. در همین راستا گیمپل و هالند نیز بیان کرده‌اند که ضعف مسئولیت‌پذیری والدین و تنبیه شدید، خطر بروز اختلالات برونی‌سازی شده را افزایش می‌دهد (۲۰). به عبارت دیگر، والدین کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری برونی‌سازی شده، رفتارهای امری بیشتری دارند، بیشتر مخالفت می‌کنند، پاداش‌های کمتری به رفتارهای مطیع کودک می‌دهند و پاداش‌های آرایه شده‌ی آن‌ها بیشتر جنبه‌ی اتفاقی دارد (۱۸). در بحث سلامت روان نیز رابطه‌ی مادر و کودک از اهمیت ویژه‌ای

¹Psychopathology

²Conduct Problems

³Delinquent Activitis

⁴Behavior Parent Training (BPT)

۷- استفاده از نظام‌های پاداش دهی برای رسیدن به اهداف رفتاری در درمانگاه و خانه برای افزایش مهارت‌های اجتماعی کودکان اثربخشی آموزش رفتاری والدین در مطالعات مختلف مورد تایید قرار گرفته است. این برنامه از پشتوانه‌ی تجربی خوبی در درمان اختلالات دوران کودکی به خصوص CD، ODD، ADHD، افسردگی، (۲۹-۳۵) شیوه‌های فرزندپروری ناکارآمد (۱۰، ۱۱)، افسردگی، اضطراب، استرس و خشم والدین و تعارضات زناشویی برخوردار بوده است (۳۱-۳۳).

با توجه به تحقیقات بیان شده در مورد بروز، سیر و پیشرفت اختلالات برونی‌سازی شده در کودکان و در راستای احساس نیاز به روش‌های درمانی برای ارتقاء بهداشت روانی مادران و تغییر در شیوه‌های تربیتی ناکارآمد آن‌ها و در نتیجه افزایش پیامدهای مثبت رفتاری در کودکان، این پرسش مطرح می‌شود که آیا آموزش رفتاری والدین در تغییر شیوه‌های تربیتی و افزایش سلامت روانی مادران کودکان مبتلا به اختلالات برونی‌سازی شده تاثیر دارد؟

روش کار

مطالعه‌ی حاضر یک تحقیق شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه شاهد است. جامعه‌ی آماری این پژوهش دربرگیرنده‌ی تمامی دانش‌آموزان پسر سال اول تا چهارم دبستان‌های ابتدایی شهر تهران، از گروه سنی ۷-۱۰ سال و مادران آن‌ها بوده است. نمونه‌گیری در دو مرحله تصادفی و مبتنی بر هدف انجام شد. به این ترتیب که در ابتدا ۱۰ مدرسه به طور تصادفی از میان دبستان‌های پسرانه انتخاب و سپس به این مدارس مراجعه گردید و با مسئولین این مدارس در ارتباط با تحقیق حاضر و ویژگی دانش‌آموزان نمونه گفتگو شد. بعد از هماهنگی‌های لازم با مسئولین این مدارس، سیاهه‌ی رفتاری کودک^۱ (CBCL) توسط دانش‌آموزان این مدارس برای والدین آن‌ها ارسال شد. پس از تکمیل سیاهه‌ی رفتاری کودک توسط والدین و ارجاع مجدد آن به مدرسه، ۱۲۰ دانش‌آموزی که نمره‌ی مشکلات برونی‌سازی شده‌ی آن‌ها در سیاهه‌ی رفتاری کودک بالاتر از نمره‌ی برش (t=۶۴) بود انتخاب شدند، سپس به منظور تایید نظر

والدین، فرم گزارش معلم^۲ (TRF) توسط معلم دانش‌آموزان مربوط تکمیل شد. در نهایت ۸۰ دانش‌آموزی که در هر دو ابزار استفاده شده، نمره‌ی بالاتر از نقطه‌ی برش گرفته بودند (t=۶۴)، انتخاب شده و از مادران‌شان دعوت شد تا در این پژوهش شرکت کنند. سپس شیوه‌ی فرزندپروری و سلامت روانی مادران آن‌ها به ترتیب با استفاده از پرسش‌نامه‌ی شیوه‌های فرزندپروری دیانابوم ریند و پرسش‌نامه‌ی ۲۸ سوالی سلامت عمومی (GHQ-۲۸) مورد ارزیابی قرار گرفت. مادران مذکور یک پرسش‌نامه‌ی جمعیت‌شناختی محقق ساخته را نیز تکمیل نمودند.

با توجه به این که تحقیقات ثابت کرده‌اند که برنامه‌ی آموزش رفتاری بر روی والدینی با سطح اقتصادی اجتماعی و تحصیلات پایین کارآیی کمی دارد (۲۴)، بر اساس شواهد جمعیت‌شناختی که در پرسش‌نامه‌ی والدین وجود داشت، خانواده‌هایی که دارای سطح اقتصادی اجتماعی و میزان تحصیلات پایین بودند از نمونه‌ی اصلی حذف گردیدند. در نهایت بر اساس نتایج پرسش‌نامه‌های اجرا شده، ۳۲ نفر از مادرانی که دارای شیوه‌ی فرزندپروری ناکارآمد بوده (۱۶ نفر مستبدانه و ۱۶ نفر سهل‌گیرانه) و نیز در پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی نمره‌ای برابر یا بالاتر از نقطه برش ۲۳ داشتند، انتخاب و به تصادف به دو گروه نمونه (۱۶ نفر) و گواه (۱۶ نفر) تقسیم شدند. سپس آموزش والدین به مدت ۲ ماه در ۸ جلسه‌ی آموزشی ۱۲۰ دقیقه‌ای برای آزمودنی‌های گروه آزمون صورت گرفت. شیوه‌ی برگزاری جلسات به صورت بحث گروهی بود، یعنی درمان‌گر به طور مستقیم مطالب آموزشی را بازگو می‌کرد ولی در عین حال مادران نیز در جلسه حضور فعال داشته و در بحث‌ها شرکت می‌کردند. هم‌چنین از مثال‌های واقعی و ایفای نقش، جهت روشن نمودن مطالب استفاده می‌شد. در مورد مادران گروه شاهد هیچ‌گونه مداخله‌ی آموزشی درمانی انجام نشد و اعضای آن فقط در طرح پیش آزمون و پس آزمون شرکت کردند. در طول دوره‌ی آموزش، ۲ نفر از مادران گروه آزمون از شرکت در جلسات خودداری کردند ولی تعداد افراد گروه شاهد ثابت ماند. پس از اتمام جلسات، پرسش‌نامه‌ی شیوه‌های فرزندپروری و

²Teacher Report Form

¹Child Behavioral Checklist

مورد CBCL و ۰/۶۲ تا ۰/۹۲ در مورد TRF متغیر است (۳۷). پرسش‌نامه‌ی شیوه‌های فرزندپروری: در این پژوهش جهت ارزیابی شیوه‌های تربیتی مادران از پرسش‌نامه‌ی شیوه‌های فرزندپروری دیاناباوم ریند استفاده گردید. این پرسش‌نامه در سال ۱۹۷۲ توسط دیاناباوم طراحی و شامل ۳۰ جمله است که ۱۰ جمله‌ی آن به شیوه‌ی سهل‌گیرانه، ۱۰ جمله به شیوه‌ی مستبدانه و ۱۰ جمله‌ی دیگر به شیوه‌ی قاطع و اطمینان‌بخش مربوط می‌شود.

الگوی پاسخ‌گویی به سؤال‌ها از مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (کاملاً موافقم، موافقم، مطمئن نیستم، تقریباً مخالفم و مخالفم) تبعیت می‌کند. علاوه بر الگوی پاسخ‌دهی، نمره‌گذاری سؤالات پرسش‌نامه دیاناباوم نیز بر مبنای مقیاس لیکرت صورت می‌گیرد و با جمع نمرات سؤالات مربوط به هر شیوه، سه نمره‌ی مجزا به‌دست می‌آید. پرسش‌نامه‌ی دیاناباوم در تحقیقات متعددی مورد بررسی قرار گرفته و اعتبار و روایی آن به‌دست آمده است. بوری پایایی پرسش‌نامه‌ی مزبور را با استفاده از روش بازآزمایی در بین گروه مادران به ترتیب ۰/۸۱ برای شیوه‌ی سهل‌گیرانه، ۰/۸۶ برای شیوه‌ی استبدادی و ۰/۷۸ برای شیوه‌ی مقتدرانه و در بین پدران به ترتیب ۰/۷۷ برای شیوه‌ی سهل‌گیرانه، ۰/۸۵ برای شیوه‌ی مستبدانه و ۰/۸۸ برای شیوه‌ی مقتدرانه گزارش نمود (۳۸). هم‌چنین وی با استفاده از روایی تشخیصی نشان داد که روش مستبدانه‌ی مادر رابطه‌ی معکوس با روش سهل‌گیرانه (۰/۴۸-) و روش مقتدرانه (۰/۵۲-) دارد و روش مستبد بودن پدر نیز رابطه‌ی معکوسی با روش سهل‌گیرانه (۰/۵۰-) و مقتدرانه (۰/۵۲-) دارد. علاوه بر این اسفندیاری نیز پایایی آزمون بر روی یک نمونه‌ی ۱۲ نفری از مادران را به شیوه‌ی بازآزمایی و با فاصله‌ی زمانی یک هفته، برای شیوه‌ی سهل‌گیرانه (۰/۶۹)، شیوه‌ی مستبدانه (۰/۷۷) و شیوه‌ی مقتدرانه (۰/۷۳) گزارش نمود (۳۹). روایی محتوای آزمون نیز توسط ۱۰ نفر از صاحب‌نظران روان‌شناسی و روان‌پزشکی مورد تأیید قرار گرفت. در کل نتایج به دست آمده از مطالعات خارجی و داخلی، اعتبار و روایی پرسش‌نامه‌ی شیوه‌های فرزندپروری را مورد تأیید قرار می‌دهد.

سلامت عمومی مجدداً توسط مادران هر دو گروه آزمون و شاهد تکمیل شد. در نهایت داده‌های قبل و بعد از آموزش به کمک نرم افزار SPSS و آزمون یومن ویتنی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. لازم به ذکر است که به دلایل اخلاقی و تعهد نسبت به مادران گروه شاهد و به تقاضای برخی از آن‌ها سه جلسه‌ی آموزشی درمانی دو جلسه‌ای برای مادران گروه شاهد بعد از اتمام تلاش‌های مرحله‌ی اول تشکیل شد.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش، سیاهه‌ی رفتاری کودک (CBCL)، فرم گزارش معلم (TRF)، پرسش‌نامه‌ی شیوه‌های فرزندپروری دیاناباوم ریند و پرسش‌نامه‌ی ۲۸ سؤالی سلامت روانی (GHQ-۲۸) بودند.

فهرست رفتاری کودک (CBCL) و فرم گزارش معلم (TRF): دو فرم نظام سنجش مبتنی بر تجربه‌ی آشتنباخ^۱ هستند که به ترتیب توسط والد و معلم بر اساس وضعیت کودک در شش ماه گذشته تکمیل می‌شوند. در این پرسش‌نامه‌ها مقیاس‌هایی براساس اختلالات DSM-IV-TR تنظیم شده است که عبارتند از مشکلات عاطفی، اضطرابی، بدنی، نارسایی توجه افزون‌کنشی، تضادورزی جسورانه و مشکلات هنجاری که سه مورد نخستین، تشکیل دهنده‌ی مشکلات درونی‌سازی شده^۲ و دو مورد انتهایی تشکیل دهنده‌ی مشکلات برونی‌سازی شده هستند و می‌توان نمرات مربوط به این دو مقیاس را از مجموع نشانگانی که در این مقیاس‌ها قرار می‌گیرند به دست آورد. هم‌چنین از مجموع نمرات مقیاس‌های مشکلات درونی‌سازی شده و برونی‌سازی شده، نمره‌ی مشکلات کلی به دست می‌آید (۳۶). سؤالات مقیاس‌های این پرسش‌نامه‌ها به صورت سه گزینه‌ای کاملاً، معمولاً و اصلاً می‌باشد که به ترتیب نمرات دو، یک و صفر را دریافت می‌کنند. هنجاریابی این پرسش‌نامه‌ها، پس از انطباق‌های لازم به لحاظ زبانی، فرهنگی و اجتماعی روی نمونه‌ی ایرانی انجام شد. نتایج نشان داد که ضرایب آلفای مقیاس‌های نشانگانی مبتنی بر DSM-IV-TR در سطح رضایت بخشی قرار دارد و دامنه‌ی آن از ۰/۶۴ تا ۰/۸۱ در

^۱Ashtenbakh System of Empirically Based Assessment

^۲Internalized

نظر می‌رسد ولی مقدار تی محاسبه شده مربوط به سن کودکان گروه شاهد و آزمون برابر $0/67$ می‌باشد که در مقایسه با مقادیر بحرانی، نشانگر تفاوت معنی‌دار میانگین سنی دو گروه نمی‌باشد ($P=0/50$).

هم‌چنین میانگین و انحراف استاندارد سن مادران گروه آزمون برابر با $26/21$ و $1/80$ و میانگین و انحراف استاندارد سن مادران گروه شاهد برابر با $25/94$ و $3/66$ بوده است هر چند که تفاوت اندکی در میانگین سنی مادران گروه آزمون وجود دارد ولی تی مشاهده شده مربوط به مقایسه‌ی میانگین سن مادران گروه آزمون و شاهد برابر $0/25$ با درجه‌ی آزادی ۲۸ بوده که نشانگر عدم وجود تفاوت معنی‌دار سن مادران دو گروه شاهد و آزمون می‌باشد ($P=0/79$).

نتایج جدول (۱) نشان می‌دهد که با وجود تفاوت بسیار اندکی که بین میانگین‌های دو گروه از لحاظ سلامت روان و شیوه‌های فرزندپروری وجود دارد، می‌توان نتایج مرتبط با دو گروه را قبل از اعمال برنامه‌ی درمانی، از لحاظ متغیرهای مورد بررسی مساوی در نظر گرفت.

جهت بررسی تاثیر آموزش رفتاری والدین بر تغییر شیوه‌ی فرزندپروری و بهبود سلامت روانی مادران کودکان مبتلا به اختلالات برونی‌سازی شده، میانگین تفاضل نمرات پیش‌آزمون پس‌آزمون شیوه‌های فرزندپروری و نمره‌ی کل و زیر مقیاس‌های سلامت روان دو گروه آزمون و شاهد بر اساس آزمون یومن‌ویتی مورد مقایسه قرار گرفت. جداول (۲ و ۳) در برگزیده‌ی نتایج یاد شده می‌باشد.

نگاهی به نتایج مندرج در جدول (۲) نشان می‌دهد که Z های مشاهده شده ناشی از آزمون یومن‌ویتی در مورد نمرات شیوه‌های فرزندپروری مادران دو گروه شاهد و آزمون، با توجه به مقادیر بحرانی، معنی‌دار می‌باشند. مقایسه‌ی میانگین تفاضل نمرات پیش‌آزمون پس‌آزمون شیوه‌های فرزندپروری در دو گروه آزمون و شاهد نشان داد که شیوه‌ی فرزندپروری مستبدانه ($P=0/02$) و سهل‌گیرانه ($P=0/00$) مادران گروه آزمون پس از پایان جلسات آموزش رفتاری والدین با توجه به تغییرات پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون، کاهش یافته و در مقابل شیوه‌ی فرزندپروری مقتدرانه در گروه آزمون نسبت به شاهد افزایش یافته است ($P=0/04$).

پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی (GHQ) در این پژوهش به منظور بررسی میزان برخورداری مادران از سلامت روانی، از پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی استفاده گردید. این آزمون متشکل از ۲۸ سؤال و حاوی ۴ خرده‌آزمون است که از سؤال ۱ تا ۷ مربوط به خرده‌آزمون نشانه‌های جسمانی، از سؤال ۸ تا ۱۴ مربوط به خرده‌آزمون اضطراب، سؤال ۱۵ تا ۲۱ مربوط به خرده‌آزمون اختلال در کارکرد اجتماعی و از سؤال ۲۲ تا ۲۸ مربوط به خرده‌آزمون افسردگی می‌باشد. پاسخ‌های ارایه شده به هر یک از مواد آزمون در یک مقیاس ۴ درجه‌ای (خیر تا خیلی زیاد) میزان ناراحتی را مشخص می‌کند و نمره‌گذاری این آزمون به شیوه‌ی لیکرت از ۰ تا ۳ است و نمره‌ی کل یک فرد از ۰ تا ۸۴ متغیر خواهد بود. نقطه‌ی برش سلامت و عدم سلامت روانی ۲۱ می‌باشد. ضرایب اعتبار پرسش‌نامه‌ی مزبور از سه روش دوباره‌سنجی، تنصیفی و آلفای کرونباخ به ترتیب ۷۰ درصد، ۹۳ درصد و ۹۰ درصد به دست آمده و برای مطالعه‌ی روایی پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی از سه روش هم‌زمان، همبستگی خرده‌آزمون‌های این پرسش‌نامه با نمره‌ی کل و تحلیل عوامل استفاده شد که به ترتیب $0/55$ و همبستگی خرده‌آزمون‌ها بین $0/72$ تا $0/87$ متغیر بود و نتیجه‌ی تحلیل عوامل با استفاده از روش چرخشی واریماکس و بر اساس آزمون اسکری، بیانگر وجود عوامل افسردگی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و علایم جسمانی است که در مجموع بیش از ۵۰ درصد واریانس کل آزمون را تبیین می‌کنند (40).

نتایج

تعداد کل مادران شرکت‌کننده در پژوهش حاضر ۳۰ نفر بود که از این تعداد ۱۴ نفر در گروه آزمون و ۱۶ نفر در گروه شاهد قرار گرفتند. شاخص‌های توصیفی مربوط به سن کودکان و مادران گروه آزمون و شاهد مورد بررسی قرار گرفت. میانگین و انحراف استاندارد سن کودکان گروه آزمون برابر با $8/50$ و $1/019$ و میانگین و انحراف استاندارد سن گروه شاهد برابر با $8/25$ و 1 بوده است. میانگین سن کودکان گروه آزمون با میانگین سن کودکان گروه شاهد اندکی متفاوت به

جدول ۱- مقایسه‌ی نمرات پیش‌آزمون سلامت روانی و شیوه‌های فرزندپروری مقتدرانه، سهل‌گیرانه و مستبدانه در دو گروه

آزمون و شاهد بر اساس آزمون تی

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	F	سطح معنی‌داری	T	درجه‌ی آزادی	سطح معنی‌داری
نمره‌ی کلی سلامت روان	شاهد	۴۶/۰۶	۱۰/۷۹	۱/۴۱	۰/۲۴	-۰/۰۶	۲۸	۰/۹۵
	آزمون	۴۵/۷۹	۱۳/۵۲					
مقتدرانه	شاهد	۱۵/۶۹	۲/۷۷	۰/۷۲	۰/۴۰	-۰/۰۵	۲۸	۰/۹۶
	آزمون	۱۵/۶۴	۱/۹۸					
سهل‌گیرانه	شاهد	۳۰/۸۱	۳/۸۵	۱/۶۳	۰/۲۱	۰/۸۲	۲۸	۰/۴۱
	آزمون	۳۱/۹۳	۳/۵۴					
مستبدانه	شاهد	۲۵/۸۱	۶/۵۶	۱۴/۰۴	۰/۰۰۱	-۰/۳۵	۲۳/۸۰	۰/۷۲
	آزمون	۲۵/۱۴	۳/۵۹					

جدول ۲- مقایسه‌ی تفاضل نمرات پیش‌آزمون پس‌آزمون شیوه‌های فرزندپروری مادران دو گروه شاهد و آزمون

بر اساس آزمون یو من ویتنی

متغیر	گروه	میانگین پیش‌آزمون	انحراف استاندارد پیش‌آزمون	میانگین پس‌آزمون	انحراف استاندارد پس‌آزمون	میانگین تفاضل	انحراف استاندارد	میانگین رتبه	یو من ویتنی	Z	سطح معنی‌داری
مقتدرانه	شاهد	۱۵/۶۹	۲/۷۷	۱۸/۱۹	۲/۹۷	۳/۹۳	۵/۹۰	۱۸/۵۶	۳۶	-۲/۰۵	۰/۰۴
	آزمون	۱۵/۶۴	۱/۹۸	۲۱/۷۱	۴/۰۸	-۶/۰۷	۴/۸۹	۱۲			
سهل‌گیرانه	شاهد	۳۰/۸۱	۳/۸۵	۳۰/۷۵	۴/۰۷	۰/۰۶	۱/۱۸	۹/۲۵	۱۲	-۴/۲۲	۰/۰۰
	آزمون	۳۱/۹۳	۳/۵۴	۲۸/۴۳	۴/۷۱	۳/۵	۲/۴۷	۲۲/۶۴			
مستبدانه	شاهد	۲۵/۸۱	۶/۵۶	۲۵/۶۹	۰/۱۲	۴/۲۰	۵/۹۰	۱۲/۱۹	۵۹	-۲/۲۶	۰/۰۲
	آزمون	۲۵/۱۴	۳/۵۹	۲۱/۵۰	۳/۶۴	۴/۱۴	۴/۸۹	۱۹/۲۹			

نگاهی به نتایج مقایسه‌ی میانگین تفاضل نمرات پیش‌آزمون پس‌آزمون سلامت روانی در دو گروه آزمون و شاهد (جدول ۳) نشان می‌دهد که نمره‌ی کلی سلامت روانی ($P=۰/۰۰$) و نیز نمره‌ی زیرمقیاس‌های نشانه‌های جسمانی ($P=۰/۰۰۱$)، اضطراب و بی‌خوابی ($P=۰/۰۲$) و افسردگی ($P=۰/۰۱$) مادران گروه آزمون پس از پایان جلسات آموزش رفتاری والدین، با توجه به تغییرات پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته ولی در تغییرات پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون زیرمقیاس نارساکنش‌وری اجتماعی تفاوت معنی‌داری به دست نیامده است ($P=۰/۱۴$).

بحث و نتیجه‌گیری

اختلالات برونی‌سازی شده از جمله اختلالات رایج در کودکان بوده و بخش وسیعی از موارد بالینی را شامل می‌شوند (۵). این اختلالات پیش‌رونده و مزمن بوده و مشکلات فرآیندهای در زندگی کودک و خانواده‌اش ایجاد می‌کند و فرد مبتلا را با

خطر ابتلا به اختلالات وخیم‌تر در دوران بزرگسالی مواجه می‌سازند. در حال حاضر بسیاری از عوامل موثر در بروز اختلال بر مبنای پژوهش‌های متعدد شناخته شده‌اند که از جمله مهم‌ترین آن‌ها، ناتوانی والدین در مدیریت رفتار کودک و نیز مشکلات روان‌شناختی والدین (بالاخص مادر) می‌باشند. به همین دلیل، روش درمانی که بتواند شیوه‌ی تربیتی مادران را مورد هدف قرار دهد و مشکلات روان‌شناختی آن‌ها را بهبود بخشد، از روش‌های موثر در درمان اختلالات برونی‌سازی شده می‌باشد. یکی از بهترین مداخلات درمانی، آموزش رفتاری والدین می‌باشد. این برنامه بر پایه‌ی مدل یادگیری اجتماعی تعامل والد-کودک استوار است و ماهیت دو سویه‌ی تعاملات والد-کودک را مشخص می‌کند. مدل آموزش به شناسایی آن دسته از مکانیسم‌های یادگیری والدین می‌پردازد که الگوی استبدادی و مختل تعامل خانواده را حفظ می‌کند و رفتار

ضداجتماعی آتی را در کودکان پیش‌بینی می‌کند. این برنامه مهارت‌های مثبت کنترل کودک را جایگزین روش‌های استبدادی والدین می‌کند و بر افزایش صمیمت و برقراری روابط مثبت تأکید دارد.

در همین راستا پژوهش حاضر در صدد بود تا اثربخشی آموزش رفتاری والدین بر شیوه‌های تربیتی و سلامت روانی مادران کودکان مبتلا به اختلالات برونی‌سازی شده را مورد بررسی قرار دهد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد شیوهی فرزندپروری مستبدانه و سهل‌گیرانه‌ی مادران گروه آزمون پس از پایان جلسات آموزش رفتاری والدین با توجه به تغییرات پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته و در مقابل شیوهی فرزندپروری مقتدرانه در گروه آزمون نسبت به شاهد افزایش یافته است. بنا بر این آموزش رفتاری والدین باعث تغییر در شیوه‌های تربیتی مادران کودکان مبتلا به اختلالات

برونی‌سازی گردیده است. هم‌سو با نتایج پژوهش حاضر در مورد اثربخشی آموزش رفتاری والدین در تغییر شیوه‌های تربیتی مادران کودکان مبتلا به اختلالات برونی‌سازی شده، بسیاری از پژوهشگران (۳۱-۳۵، ۲۹) نیز بر اثربخشی این روش در کاهش شیوه‌های تربیتی ناکارآمد تأکید کرده‌اند.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که والدین کودکان مبتلا به اختلالات برونی‌سازی شده در تربیت فرزندان‌شان از قوانین بی‌ثبات، مهارت‌های ضعیف حل مسئله و مسئولیت‌پذیری ضعیف برخوردار بوده و از تنبیه شدید و ناهماهنگ استفاده می‌کنند.

این والدین در برخوردهای انضباطی‌شان والدینی خشن، ناهماهنگ و ناتوان هستند (۹) لذا آموزش والدین توانسته است با آموزش سبک‌های تربیتی نوین و کارآمد این روش‌های ناکارآمد را تحت تأثیر قرار دهد.

جدول ۳- مقایسه‌ی تفاضل نمرات پیش‌آزمون پس‌آزمون نمره‌ی کل و زیرمقیاس‌های سلامت روانی مادران دو گروه شاهد و آزمون

بر اساس آزمون یومن ویتنی

متغیر	گروه	میانگین پیش‌آزمون	انحراف استاندارد پیش‌آزمون	میانگین پس‌آزمون	انحراف استاندارد پس‌آزمون	میانگین تفاضل	انحراف استاندارد	میانگین رتبه	یو من ویتنی	Z	سطح معنی‌داری
نشانه‌های جسمانی	شاهد	۱۲/۷۵	۵/۱۵	۱۲/۶۹	۴/۸۵	۰/۰۶	۲/۰۴	۱۰/۵۶	۳۳	-۳/۳۵	۰/۰۰۱
	آزمون	۱۲/۵۷	۵/۷۴	۷/۷۱	۳/۷۷	۴/۸۶	۵/۹۷	۲۱/۱۴			
اضطراب بی‌خوابی	شاهد	۱۱/۰۶	۳/۴۱	۱۱/۹۴	۵	-۰/۸	۴/۸۲	۱۲/۲۵	۶۰	-۲/۱۹	۰/۰۲
	آزمون	۱۱/۴۳	۶/۸۰	۶/۴۳	۵/۰۸	۵	۶/۱۵	۱۹/۲۱			
افسردگی	شاهد	۱۲/۲۵	۵/۶۹	۱۲/۶۲	۵/۶۳	-۰/۳۷	۱/۱۴	۱۱/۹۴	۵۵	-۲/۵۳	۰/۰۱
	آزمون	۱۱/۷۱	۵/۸۶	۹/۵۷	۶/۲۱	۲/۱۴	۳/۸۶	۱۹/۵۷			
نارساکنش‌وری اجتماعی	شاهد	۱۰	۳/۶۸	۱۰/۰۶	۳/۶۲	-۰/۰۶	۰/۲۵	۱۳/۷۸	۸۴/۵	-۱/۴۶	۰/۱۴
	آزمون	۱۰/۰۷	۲/۶۱	۷/۶۹	۴/۴۳	۲/۴۲	۵/۵۲	۱۷/۴۶			
نمره‌ی کلی سلامت روانی	شاهد	۴۶/۰۶	۱۰/۷۹	۴۷/۳۱	۱۰/۵۶	-۱/۲	۵/۱۷	۱۰/۰۶	۲۵	-۳/۶۲	۰/۰۰۰
	آزمون	۴۵/۷۹	۱۳/۵۲	۳۱/۳۵	۱۰/۹۲	۱۴/۴۲	۱۴/۷۹	۲۱/۷۱			

هم‌چنین نمره‌ی کلی سلامت روانی و نمره‌ی زیرمقیاس‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی و افسردگی مادران گروه آزمون پس از پایان جلسات آموزش رفتاری والدین

کاهش یافته ولی در تغییرات پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون مقیاس نارساکنش‌وری اجتماعی تفاوت معنی‌داری به دست نیامده است. بنا بر این آموزش رفتاری والدین، مشکلات

خودکشی و نظایر آن می‌پردازد، بسیار سنگین است. با تمام تلاش‌های صورت گرفته، تحقیق حاضر از محدودیت‌هایی برخوردار بود که از جمله‌ی آن‌ها محدود بودن آن به سن و جنس خاص کودکان، تعداد محدود آزمودنی‌ها و نیز عدم پیگیری پایداری نتایج درمانی می‌باشند که پیشنهاد می‌شود مطالعات بعدی با تعداد نمونه‌ی بیشتر و در گروه‌های سنی دیگر و بر روی مادران آزمودنی‌های دختر نیز صورت گیرد و تا حد ممکن مطالعات پیگیری نیز جهت بررسی تداوم اثرات درمانی انجام پذیرد. هم‌چنین جای دارد الگوهای آموزشی دیگر نیز با توجه به نیازهای فرهنگی و اجتماعی ایران، تهیه و تدوین شده و مورد آزمایش تجربی قرار گیرند. مقایسه‌ی میزان تأثیر مدل‌های گوناگون در زمینه‌ی کاهش مشکلات روانی و شیوه‌های فرزندپروری ناکارآمد مادران را نیز می‌توان جهت پژوهش‌های آتی پیشنهاد نمود.

تشکر و قدردانی

این طرح با حمایت مالی دانشگاه تبریز انجام گرفته و با منافع نویسنده ارتباطی نداشته است. از همکاری صمیمانه‌ی کارکنان مدیریت پژوهشی دانشگاه تبریز و هم‌چنین سرکار خانم الناز پوراحمدی که در گردآوری اطلاعات صمیمانه با اینجانب همکاری نموده‌اند تشکر می‌نمایم.

روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به اختلالات برونی‌سازی شده را کاهش می‌دهد. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های سندرز و مک فارلند (۴۱)، سندرز (۳۵)، کن و همکاران (۳۱) هم‌سو می‌باشد. برای تبیین این مسئله باید توجه داشت که بسیاری از مادران گروه آزمون خود را به خاطر مشکلات کودکان‌شان مقصر دانسته و یا برعکس اعتقاد دارند که فرزندان‌شان به صورت ارادی راهی را برای اذیت و آزار آن‌ها انتخاب کرده‌اند لذا این مادران دچار احساس گناه، افسردگی و خشم می‌شوند (۴۱). توضیح در مورد ماهیت و علت اختلالات برونی‌سازی شده توانسته است شناخت‌های نادرست مادران را نسبت به خود و فرزندان‌شان تغییر دهد و احساس گناه و افسردگی، به خاطر مقصر بودن خود و احساس خشم به دلیل مقصر دانستن کودکان را کاهش داده و به این ترتیب سلامت روانی آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد.

در مجموع طرح پژوهشی حاضر توانست به الگوی نسبتاً مناسب و موثری برای آموزش والدین در ایران دست یابد. این مداخله یکی از مناسب‌ترین روش‌های پیشگیری از اختلالات روانی کودکان و نوجوانان می‌باشد و سرمایه‌گذاری در آن از جنبه‌های گوناگون مقرون به صرفه است زیرا بهایی را که جامعه و دولت برای بزهکاری، اعتیاد، افت تحصیلی، افسردگی،

References

- Schachar R, Washmuth R. Oppositional defiant disorder in children: A validation study compairing conduct disorder, oppositional disorder and normal control children. J Child Psychol Psychiatry 1990; 31: 1089-102.
- Gardner F. The quality of joint activity between mothers and their children with behavior problems. J Child Psychol Psychiatry 1994; 35: 935-48.
- McGuire J, Richman N. Screening for behavior problems in nurseries: The reliability and validity of the preschool behavior checklist. J Child Psychol Psychiatry 1986; 27: 7-32.
- Kalantari M, Abedi MR. [The effects of mothers' behavior training on preschool child with externalizing disorders]. Grant. Isfahan: Isfahan University, 2004: 40-51. (Persian)
- Costin J, Lichte C, Smith AH, Vance A, Luk E. Parent group treatments for children with oppositional defiant disorder. AeJAMH 2004; 3: 12-23.
- Mash EJ, Barkley RA. Child psychopathology. 1st ed. New York: Guildford; 2002: 108-48.
- Anagold A, Costello E, Erkanli A. Comorbidity. J Child Psychol Psychiatry 1999; 40: 57-97.
- Sadok BJ, Sadok VA. [Psychiatric handbook. Behavioral sciences-clinical psychiatry]. Pourafkari N. (translator). Tehran: Ab; 2004: 441-54. (Persian)
- Bloom Quist MI. [Coping skills with maladaptive child]. Alagheband Rad J. (translator). Tehran: Sana; 2004; 1-34. (Persian)

10. Barbara M, Richard R, Julie M, Robert G, Haward M. Conduct disorder and oppositional defiant disorder in national sample: Developmental epidemiology. *J Child Psychol Psychiatry* 2004; 45: 609-21.
11. Mamerstein NR. Relationship between anxiety and externalizing disorder in youth: The influences of age and gender. *J Anxiety Disord* 2007; 21: 420-32.
12. Milen JM, Edwards K. Family treatment of oppositional defiant disorder: Changing views and strength-based approaches. *Family Journal: Counseling and therapy for couples and families* 2001; 1: 17-28.
13. Loeber R, Burkley JD, Lahey BB, Winters A, Zora M. Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years, part 1. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 1468-84.
14. Richard R, Barbara M, Andrew P, Jane C, Adrian A. The relation between DSM-IV oppositional defiant disorder and conduct disorder: Finding from the great smoky maintains study. *J Child Psychol Psychiatry* 2002; 43: 39-50.
15. Davison CG. *Abnormal psychology*. New York: John Wiley and sons; 2005: 112-41.
16. Kushan M, Behnam HR. [Prevalence of some behavioral disorders and familial factors affecting primary schools in Sabzevar]. *Journal of Sabzevar University Medical Sciences* 2001; 8(4): 40-6. (Persian)
17. Burt SA, Krueger RF, McGue M, Iacano W. Parent-child conflict and the co-morbidity among childhood externalizing disorder. *J Gen Psychiatry* 2003; 60: 505-13.
18. Bradly SJ. *Affect regulation and the development of psychology*. New York: Guildford; 2002: 361-91.
19. Holenstein T. Rigidity in parent-child interaction early childhood. *J Abnorm Child Psychol* 2004; 32(4): 595-607.
20. Gimpel GA, Holland ML. *Emotional and behavioral problem of young children: Effective intervention in the preschool and kindergarten years*. 1st ed. New York: Guildford; 2002: 400-27.
21. Salehi M, Salarifar MH, Hadian MA. [Comparison of psychological well-being among mothers of children with and without psychiatric disorders]. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology* 2004; 10: 78-84. (Persian)
22. Mohamad Esmail E, Moosavi HS. [Well being of mothers of children with behavioral disorders]. *Research on exceptional children* 2003; 8(2): 105-16. (Persian)
23. Kagan J, Conger JH, Mussen PH. [Child development and personality]. Tehran: Mad; 2005: 325-41. (Persian)
24. Sanders MR. Triple p-positive parenting program: A population approach to promoting competent parenting. *AeJAMH* 2003; 2(3): 1-17.
25. McTaggart P, Sanders MR. The transition to school project: Results from the classroom. *AeJAMH* 2003; 2(3): 321-33.
26. Dean C, Myers K, Evants E. Communicating-wide implementation of parenting program: The south east Sydney positive parenting program. *AeJAMH* 2003; 2(3): 1-12.
27. Barkley RA. A comparison of three family therapy programs for treating family conflicts in adolescents with disruptive behaviors. *J Consult Clin Psychol* 1992; 5: 51-69.
28. Forehand R, McMahon R J. Factors in the referral of children for behavioral treatment: A comparison of mothers of clinic-referred deviant, clinic-referred non-deviant and non-clinic children. *J Behav Res Ther* 1981; 3: 110-28.
29. Bor W, Sanders MR, Markie-Dadds C. The effectiveness of the triple p-positive parenting program on preschool children with co-occurring disruptive behavior and antinational /hyperactivity difficulties. *J Abnorm Child Psychol* 2002; 30(6): 572-87.
30. Leung C, Sanders MR, Leung S, Mark R, Lau J. An outcome evaluation of the implementation of the triple p-positive parenting program in Hongkong. *Family Process* 2003; 42(2): 531-44.
31. Cann W, Roggers H, Worley G. Report on a program evaluation of a telephone assisted parenting support service for families living in isolated rural areas. *AeJAMH* 2003; 2(3): 264-76.
32. Chronis MA, Chacko A, Fabiano GA. Enhancements to the behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD: Review and future directions. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2004; 3: 60-74.
33. Fathi N. [The effect of parent management training on children with attention deficit hyperactivity disorder]. MA. Dissertation. Tehran: Iran University of Medical Sciences, 1995: 60-110. (Persian)

34. Ehsan Manesh M. [Parent training of children with conduct disorder]. MA. Dissertation. Tehran: Iran University of Medical Sciences, 1992: 90-105. (Persian)
35. Sanders MR. Triple p: The development and dissemination of the triple p-positive parenting program: A multilevel, evidence-based system of parenting and family support. *Prev Sci* 2005; 3: 173-89.
36. Achenbach TM, Rescolar LA. Manual for the ASEBA school age: Form and profiles. Burlington, VT: University of Vermont, College of psychiatry, 2003: 20-60.
37. Minaee A. [Psychometric properties of Ashtenbakh system of empirically based assessment]. Tehran: Exceptional child education press; 2005: 74-98. (Persian)
38. Buri J. Parental authority questionnaire. *J Pers Assess* 1997; 57: 110-9.
39. Esfandiari G. [A comparison of parenting style among mothers of children with and without behavioral disorders and effect mothers' training on children with behavioral disorders]. MA. Dissertation. Tehran: Iran University of Medical Sciences, 1993: 84-96. (Persian)
40. Tagavi MR. [Validity and reliability of general health questionnaire]. *Journal of psychology of Tehran University* 2001; 5: 35-44. (Persian)
41. Sanders MR, McFarland M. Treatment of depressed mothers with disorder children: A controlled elevation. *Cognit Behav Ther* 2006; 31(1): 89-112.